………………………………………………….

Imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna

**POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA DO ODZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO**

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka.…………………………………………..............

(imię i nazwisko kandydata)

zakwalifikowanego do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. Róży Kołaczkowskiej w Pliszczynie na rok szkolny 2020/2021.

……………………. ……………………………………

 Data Czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna

Potwierdzenia należy dokonać pisemnie do dnia 12.07.2020r.